N° 138.

# ESSAI

SUR

# LA DOTHINENTERIE;

## THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 juin 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR AIMÉ-PROSPER LERIDON, de Neuvi-le-Roi,

Département d'Indre-et-Loire;

*Felix qui potuit rerum cognoscere causas!*

VIRG., *Georg.*, liv. 2.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurladothin0005unse

OPTIMO ET DILECTISSIMO MAGISTRO

DOCTORI **BRETONNEAU**,

Nosocomii generalis turonensis Archiatro ; Academiæ regiæ Parisiensis Socio ; inter Equites Legionis-Honorificæ Adscripto.

UT PERPETUÆ GRATITUDINIS

MONUMENTUM

ILLUD TENTAMEN

DICAT, VOVET ET CONSECRAT

GRATUS DISCIPULUS,

A.-P. LERIDON.

# ESSAI

SUR

# LA DOTHINENTERIE.

J'ai choisi ce sujet pour ma thèse, parce qu'ayant souvent observé la dothinenterie à l'hôpital de Tours, sous les auspices de M. le docteur *Bretonneau*, c'est aussi avec attention que j'ai étudié cette maladie dans les différens hospices de la capitale, et que j'ai pu comparer les excellentes leçons de mon premier maître avec celles des professeurs de cette Faculté.

De tous les temps, dit M. le professeur *Chomel* (Leçons orales), l'espèce humaine a été atteinte d'une maladie qui avait appelé l'attention des médecins, et par la gravité de ses symptômes, et par le grand nombre d'individus qu'elle attaque. Cette affection, décrite sous diverses dénominations, a été connue long-temps sous les noms de *fièvre putride*, *fièvre maligne*, *fièvre muqueuse*, *fièvre bilieuse grave*, *adynamique*, *ataxo-adynamique*, etc., et dans ces derniers temps on l'a appelée *entéro-mésentérique*, *gastro-entérite*, *affection typhoïde*; enfin M. Bretonneau, comme les lésions anatomiques des *intestins* lui ont toujours paru *identiquement* les mêmes, lui a imposé le nom de *dothinenterie* (de δοθην, *furoncle*, εντερον, *intestin*).

En 1761, *Rœderer* et *Wagler*, dans leur Traité de la fièvre muqueuse, notent l'état du canal intestinal; mais, par respect pour leur mémoire, nous nous abstiendrons de parler de cet ouvrage. Et qu'il nous soit permis de le dire ici, nous ne pensons pas que les éloges qu'on leur a donnés dans ces derniers temps soient justes et mérités.

M. *Prost*, dans son ouvrage *De la médecine éclairée par l'observation et les ouvertures de corps*, qu'il publia en 1804, a bien connu les ulcérations que l'on trouve toujours dans l'iléon et à sa valvule dans la fièvre gastro-ataxique et adynamique, comme il l'appelle; mais il n'a point connu leur siége spécial, puisqu'il n'en parle point.

MM. *Petit* et *Serres*, dans leur Traité de la fièvre *entéro-mésentérique*, qui parut en 1813, regardent cette maladie comme une affection *sui generis*, distincte des fièvres adynamiques, qui a quelque analogie avec la variole; et lorsqu'il se trouve des ulcérations dans le canal intestinal, cela leur semble le résultat d'une phlogose qui complique la maladie, laquelle phlogose détermine l'ulcération (pages 43 et suivantes). Enfin il ne nous paraît pas qu'ils aient vu que les glandes de *Peyer* et de *Brunner* étaient le siége constant de la maladie, parce qu'ils ne les désignent jamais sous leur nom, et qu'ils ont pris les ulcérations que l'on trouve dans le canal intestinal des phthisiques pour un résultat de la dothinenterie (page 106). Ils pensent encore que l'inflammation de l'intestin peut exister long-temps avant la maladie (p. 158). Ce sont encore les ulcérations des phthisiques qui les induisent en erreur. Enfin ils se défendent avec beaucoup de chaleur pages 170 et 171) de croire que cette maladie ressemble en rien aux fièvres adynamiques, muqueuses, etc., etc.

Ce fut en 1811 ou 1812 que M. *Bretonneau*, examinant avec attention le tube intestinal de malades qui avaient succombé à des fièvres dites *essentielles*, observa des granulations ou des ulcères, suivant l'époque de la mort. Jusqu'en 1815, les autopsies peu nombreuses de sa pratique particulière ne lui permirent que de renouveler quelquefois ses observations; mais bientôt après, nommé médecin de l'hôpital-général de Tours, il vit, après de nombreuses ouvertures

de corps, que les glandes de *Peyer* et de *Brunner* étaient le siége spécial de la dothinenterie; plus tard, les épidémies meurtrières de 1817, 1818 et 1819 ne lui permirent plus d'en douter, et depuis cette époque des faits sans nombre ont confirmé sa manière de voir.

*Étiologie.*

Les causes de la dothinenterie nous échappent entièrement, et nous la voyons régner chez des individus placés dans des circonstances si différentes, qu'il devient impossible de déterminer les causes qui concourent au développement de cette maladie.

Et en effet, est-ce l'influence atmosphérique? Mais nous l'avons vue régner dans toutes les saisons. Des épidémies ont commencé en été, et ne se sont terminées qu'au printemps; d'autres dès l'hiver, et n'ont fini qu'en automne.

Ce ne sont pas non plus les lieux humides et bas où cette maladie règne plutôt qu'ailleurs. Les exhalaisons méphitiques n'y sont pour rien; et quoique M. *Scoutetten* ait pu, en y exposant long-temps des chiens, déterminer une inflammation du canal intestinal, il n'obtint point une maladie régulière.

C'est entre douze et quarante ans que la dothinenterie paraît se développer principalement. Nous savons que les adultes y sont plus fréquemment exposés que les enfans et les vieillards; mais nous ne pensons pas, avec M. *Chomel* (Leçons orales), qu'on n'en connaisse point d'exemples chez les enfans, nous en avons vu plusieurs; et M. le docteur *Gendron*, dans les épidémies qu'il a observées aux environs du Château-du-Loir, a vu et traité plusieurs enfans atteints de cette maladie : et pour ne citer qu'un exemple, sur dix-huit personnes affectées dans le bourg de Coëmont, onze se rétablirent, parmi lesquelles étaient six enfans. (Archives générales de médecine, tom. 20, juin 1829.)

Plusieurs auteurs, et M. *Bretonneau* surtout, ont pensé que la contagion était, dans la plupart des cas, la cause qui semblait don-

ner naissance à la dothinenterie. Sans nous dissimuler qu'il est impossible de ne pas se ranger de l'avis de ce praticien célèbre, lorsqu'on observe la maladie dans les campagnes et dans les villages, nous conviendrons que l'évidence de la contagion est plus difficile à démontrer pour les grandes villes.

Cependant nous y croyons, parce que les faits nombreux rapportés par MM. les docteurs *Gendron* et *Bretonneau*, dans les Archives générales de médecine, ne nous permettent pas d'en douter; et que, puisqu'il est prouvé qu'elle est contagieuse dans les campagnes et dans les villages, elle ne peut pas, dans les grandes cités, avoir un autre mode de transmission : seulement, nous le redisons, il est plus difficile et presque impossible pour les villes d'y suivre, soit en remontant, soit en descendant, les traces croisées et interrompues de la contagion.

*Symptômes précurseurs.*

Les symptômes précurseurs, lorsqu'on peut les observer, méritent de fixer l'attention. Les malades accusent de la céphalalgie, des éblouissemens *temulentia capitis* (Stol), des douleurs vagues dans les membres, des sueurs nocturnes nidoreuses, des lassitudes spontanées, un sommeil troublé et non réparateur, *somni turbati et non reficientes* (Stol), du mal de gorge, de l'anorexie, de la diarrhée, des frissons irréguliers. Plus ces symptômes sont longs à se développer, plus le prognostic est grave. Ne pourrait-on pas appeler cette première période *période d'incubation ?*

*Symptômes propres.*

Jusqu'ici la fièvre n'a pas été manifeste, mais bientôt des frissons plus marqués, auxquels succèdent des chaleurs et des sueurs, avec l'exacerbation des symptômes déjà énumérés et l'état du pouls, in- l a présence de la fièvre.

On a remarqué que dans les pays où règne la fièvre intermittente

l'affection revêt ce type, quelquefois pendant toute la première semaine.

Cependant la fièvre devient continue; elle est accompagnée d'une sorte de stupeur et d'ivresse caractéristiques, de céphalalgie, de somnolence, de délire nocturne; les réponses sont lentes, les yeux larmoyans, la soif est vive, la langue est recouverte à sa base d'un enduit blanchâtre, rouge à sa pointe et sur ses bords; les pupilles sont plus apparentes; presque toujours de la diarrhée; la peau est chaude et halitueuse; le pouls fréquent, mou et onduleux. Telle est, pour nous, la deuxième période ou période d'invasion.

C'est dans les premiers jours de la seconde semaine que se montrent ordinairement ces taches typhoïdes ou pétéchiales, de couleur rosée, légèrement élevées au-dessus de la peau, qui disparaissent par desquamation après six ou huit jours, et qui souvent sont accompagnées d'une éruption de sudamina, éruption commune aux phthisiques et aux femmes en couches, etc., etc., qui disparaît en quelques jours et revient à une époque plus avancée de la maladie. (M. *Chomel*, Leçons orales.)

C'est aussi à cette époque que l'on observe une rémission notable dans les symptômes. Si la maladie marche vers la résolution, l'amendement se soutient jusqu'au quatorzième jour, et le malade, qui n'a eu qu'une dothinenterie bénigne, entre en convalescence; mais si l'affection doit être grave, il y a exacerbation rapide, épistaxis, peau sèche, chaude, âcre; pouls fréquent, vermiculaire, impossible à compter; douleur épigastrique, vomissemens bilieux, région iliaque droite douloureuse à la pression; météorisme du ventre, diarrhée persistante ou constipation opiniâtre; expectoration marbrée; délire continuel, stupeur plus profonde, surdité; soubresauts dans les tendons, carphologie, *floccorum venatus* (Stoll); prostration des forces, décubitus sur le dos; la sclérotique en avant, *albugineâ prospectante* (Stoll), pupilles inégalement dilatées, strabisme; soif nulle ou insatiable. — *Facies tristis, flavescens, terrea, velut attoniti, profonde meditantis, mussitatio.*

*Narres siccæ, fuliginosæ, sicca labia, dentes sordidi, sordidæque gengivæ, fusco glutine lingua fusco flavo viridi muco obducta, prærubra humida, prærubra sicca, crustosa, fuliginosa lignea, fissa, contracta, tremula, porrigi impotens.* (Stol. *Febris putrida.*) Je craindrais que ma traduction n'affaiblît ces traits d'un grand maître. Ajoutez à cela une odeur qui a quelque chose de spécifique et de remarquable, et que, pour cela, M. *Bretonneau* a appelée *odeur dothinenterique*, des déjections involontaires très-fétides, un amaigrissement rapide, et vous aurez la période de suppuration, ou plutôt d'énucléation des bourbillons furonculaires.

Il nous reste la période, non pas de dessiccation, mais de cicatrisation, ou mieux de terminaison.

Lorsque les malades n'ont pas succombé à la gravité des symptômes que nous avons énumérés, et auxquels se joignent quelquefois ceux d'une pneumonie aiguë, des sueurs abondantes, une nouvelle éruption de sudamina, un mieux-être gradué dans toute l'habitude du malade, le désir des alimens, font assez voir que les jours du danger sont passés.

Mais le sujet, lors même que les symptômes n'offrent pas de gravité, éprouve-t-il *tout à coup* dans l'abdomen une douleur vive et déchirante, bientôt suivie de la décomposition des traits, de nausées, de vomissemens, d'horripilations, en un mot, de tous les symptômes qui caractérisent une péritonite aiguë, on reconnaîtra trop sûrement une perforation de l'intestin grêle ou du cœcum, une des terminaisons toujours funeste de cette maladie.

Enfin, la mort a aussi d'autres causes que les désordres du canal intestinal et du mésentère : des abcès dans les cavités splanchniques, des hémorrhagies internes, la gangrène des parties molles qui recouvrent le sacrum, le coccyx et les trochanters, n'amènent que trop souvent la mort de victimes qui avaient échappé à la gravité de la dothinenterie.

*Traitement.*

Plusieurs méthodes de traitement sont employées par différens médecins. Je vais les exposer.

*Traitement antiphlogistique.*

Plusieurs saignées générales au début; sangsues à l'épigastre, sur l'abdomen, lorsque ces parties deviennent douloureuses. Sangsues à l'anus, lavemens acides, lorsqu'il y diarrhée; boissons délayantes, émollientes, eau de gomme, etc.

Quels que soient les succès de ceux qui suivent cette méthode, nous ne croyons pas devoir l'adopter, parce que,

1°. Les causes de la maladie étant inconnues, les saignées et les sangsues peuvent-elles détruire ces causes, ou, comme on dit, *juguler* l'inflammation qu'elles produisent? Non, pas plus que, portées à l'excès, elles n'empêcheraient l'éruption variolique d'apparaître et de poursuivre ses périodes;

2°. On remarque, presque dans chaque observation de l'ouvrage de M. *Louis*, qu'après les saignées répétées, locales ou générales, il n'y a aucune amélioration dans les symptômes, ou seulement un soulagement momentané;

3°. Parce que nous savons que M. *Bretonneau* employa cette méthode dans l'épidémie de 1819, qu'il perdit un grand nombre de malades, que depuis il y a renoncé, et avec avantage;

4°. Parce que les saignées et les sangsues n'ont pas été épargnées dans la dernière épidémie des bagnes de Toulon, et que les malades ont péri en grand nombre;

5°. Enfin nous nous demandons si, lorsque l'on saigne les malades dans la période inflammatoire de la maladie, cette méthode n'est pas propre à augmenter la faiblesse et la prostration dans la période adynamique. Et en effet, qui n'a vu chez des sujets qui n'ont été at-

teints que d'une dothinenterie légère, et lors même qu'ils n'ont pas été saignés; qui n'a vu, dis-je, ces convalescences souvent plus longues que la maladie, où les malades se trouveraient entièrement guéris s'ils avaient des forces?

*Traitement par les toniques.*

Nous pensons que dans certaines conditions de la dernière période de cette maladie, telles qu'un pouls calme, puis sous leur influence de moins en moins accéléré, une diarrhée légère, l'absence de météorisme; nous pensons, dis-je, que les toniques, administrés avec prudence et à petites doses, peuvent favoriser le retour à la santé.

Nous allons maintenant exposer la méthode de M. *Bretonneau*, qui est aussi celle que nous préférons : par ce traitement les succès sont-ils constans? Non, sans doute; mais ils sont pour nous plus nombreux que par ceux déjà décrits.

Dès le début de la maladie, si le malade conserve quelque appétit, crême de riz, de pain, etc.; boissons émollientes ou acidulées, selon le goût; diète. S'il y a constipation, lavemens émolliens. Eau de riz avec addition de sulfate d'alumine si la diarrhée est trop abondante.

Recommandation aux malades de se lever tant que les forces le leur permettent.

Du douzième au seizième jour, une once ou deux de manne, avec addition de deux gros de sel d'Epsom, pour ne pas laisser le canal intestinal en contact avec les résultats de la sécrétion morbide des glandes de *Peyer* et de *Brunner* et la bile, sécrétées alors trop abondamment, matières qui sont certainement un cataplasme de mauvaise nature pour des surfaces enflammées. Si le malade ne s'en est pas mal trouvé, on renouvelle, quelques jours plus tard, ce léger minoratif, et l'on continue des boissons agréables.

Si, du vingt au vingt-cinquième jour, il survient de la diarrhée, du lait coupé avec de l'eau de chaux, quatre onces d'eau de

*Bonne* artificielle, pendant quelques jours; le calomel et l'opium, à la dose de chacun un demi-grain; le sel d'Epsom, à la dose de deux à quatre gros en lavemens une ou deux fois répétés : ces moyens, employés successivement ou combinés, arrêtent le plus souvent la diarrhée, lors même qu'elle s'est montrée rebelle.

Des vésicatoires aux mollets, employés comme révulsifs, dans la dernière période, complètent ce traitement.

*Anatomie pathologique.*

S'il nous fallait minutieusement décrire chaque altération d'organe qui accompagne ou complique cette maladie, nous dépasserions les bornes que nous nous sommes imposées; nous dirons seulement que, dans les autres affections aiguës, comme dans celle-ci, on a trouvé le cerveau et ses membranes injectés, ramollis, contenant une petite quantité de sérosité limpide ou opaque; que les poumons étaient hépatisés chez les uns, dans l'état sain chez les autres; que les plèvres contenaient de la sérosité; que le cœur était plus ou moins ramolli; que le foie, la rate, les reins présentaient le même état avec des variétés de couleur, et que, dans la vessie, on a trouvé quelquefois des ulcérations; mais que, de toutes ces lésions une seule étant constante, nous voulons dire l'altération des glandes de *Peyer* et de *Brunner*, et comme elle est le cachet anatomique de cette maladie, c'est de l'état du canal intestinal dont nous allons nous occuper en détail, ainsi que de celui de l'estomac, que je décrirai en dernier lieu, en même temps que j'essaierai de prouver que les affections de cet organe ne sont que secondaires lorsqu'elles existent pendant la vie, et le plus souvent le résultat de phénomènes cadavériques.

Nous conviendrons, avec M. le docteur *Delange* (thèse inaugurale), qu'il n'est pas possible de signaler les caractères qui indiquent d'une manière précise et certaine la ligne qui sépare l'état normal des glandes de *Peyer* et de *Brunner* du premier degré de leur état pathologique, attendu que, lors de son principe, cette altération con-

siste dans une simple augmentation de volume, et que ces organes peuvent être plus ou moins développés, suivant l'âge, le sujet et une foule de circonstances. Mais, en partant du quatrième au huitième jour, on trouve, depuis le commencement, et d'autres fois le milieu seulement du jéjunum, des pustules ayant le volume d'un grain de millet, et quelquefois d'un grain de chenevis, qui sont arrondies, mobiles, pointues et recouvertes par la membrane muqueuse. Ces granulations sont tantôt très-nombreuses, et tantôt, au contraire, en petite quantité; mais elles vont toujours se multipliant de plus en plus à mesure que l'on approche de la valvule cœcale, où elles sont en général plus volumineuses.

Les glandes agminées offrent à cette époque un relief à peine sensible chez certains sujets, tandis que chez d'autres elles sont déjà comme boursouflées quand le cas est grave. Il n'existe point encore d'ulcérations des plaques; la membrane muqueuse, à leur pourtour, ne présente pas de trace d'inflammation. Assez souvent on peut distinguer les plaques malades à l'extérieur de l'intestin, où elles forment une tache plus ou moins livide. Dans le cœcum et dans tout le reste du gros intestin il n'y a jamais de plaques, on y trouve seulement des pustules semblables à celles dont nous avons déjà parlé.

Vers le neuvième jour, les glandes de *Peyer* et de *Brunner* affectées sont en plus grand nombre, l'état pathologique est plus prononcé; ainsi plusieurs plaques sont épaissies, mollasses et d'une couleur rose assez foncée, très-exactement circonscrites; elles ont quelquefois un relief d'une ligne et demie à deux lignes, et sont aussi épaisses au centre qu'à leur circonférence.

Du onzième au quatorzième jour, les pustules et les plaques marchent vers la résolution ou vers la destruction, en faisant place à des ulcères. Dans le premier cas, c'est par un affaissement graduel qu'elle finissent par rentrer dans l'état normal, alors la convalescence a lieu; dans le second cas, les glandes agminées se boursouflent de plus en plus, les pustules éprouvent à leur sommet une véritable perte de substance; elles ont perdu leur teinte violacée et sont colo-

rées en jaune par la bile, dont une sécrétion, alors plus abondante, irrite vivement l'estomac et les intestins.

Du quatorzième au seizième jour, on remarque que les pustules sont comme ébarbées à leur sommet, et l'on voit dans leur centre, ainsi qu'à la surface des plaques, une petite masse de tissu cellulaire mortifié, qui est un véritable bourbillon, d'une teinte ocrassée bien manifeste. Ce bourbillon finit par se séparer complètement, et laisse voir un ulcère dont les bords, fortement relevés, paraissent taillés à pic, et au fond duquel la tunique musculeuse se montre à découvert.

C'est dans cette période qu'a ordinairement lieu la perforation intestinale dont nous avons plus haut décrit les symptômes; le plus souvent elle est unique, quelquefois double ou triple. On la rencontre quelquefois dans le cœcum, tantôt dans une glande de *Brunner*, tantôt enfin, et le plus souvent, c'est une bandelette de *Peyer* qui en est le siége.

C'est aussi à cette époque qu'ont lieu les hémorrhagies intestinales, dont la cause est peut-être dans la rupture de quelques vaisseaux au moment de la chute du bourbillon. Enfin, lorsque les malades succombent au vingt-deuxième ou vingt-cinquième jour, et même plus tard, soit à une cause étrangère, soit à la dothynenterie elle-même, car il n'est pas rare d'en voir entrer en convalescence et périr au quarantième, cinquantième et soixantième jour de la maladie, on trouve chez ces sujets des ulcères cicatrisés et d'autres qui marchent vers la cicatrisation, dont les bords, plus ou moins durs, sont ramollis et déprimés; ils ont un aspect lisse, poli et brillant, et sont recouverts d'une pellicule extrêmement mince, qui a l'aspect d'une membrane séreuse.

Quant aux ganglions du mésentère, dont nous n'avons pas encore parlés, sont-ils affectés primitivement, c'est-à-dire en même temps que les glandes de *Peyer* et de *Brunner*, le sont-ils sympatiquement ou secondairement? M. *Petit* pense qu'il en est ainsi, d'autres pensent le contraire; pour nous, cette question est au-dessus de nos

forces, nous allons seulement essayer de décrire en peu de mots leur état pathologique.

Dans les premiers jours, ils sont simplement gonflés et rougis, sans avoir perdu beaucoup de leur consistance. Bientôt leur volume est doublé, triplé ; leur tissu se ramollit, et ils se colorent d'un rouge vineux. A l'intérieur, leur substance est comme pultacée, et ils s'écrasent facilement sous les doigts ; toujours les plus gros et les plus malades correspondent aux pustules et aux plaques les plus nombreuses et les plus développées. Vers le dixième jour, ils ont en général acquis leur plus grand développement, et il n'est pas rare d'en voir, parmi ceux qui correspondent à la fin de l'iléon, d'aussi volumineux qu'un œuf de poule. Si la maladie marche vers la résolution, les ganglions reviennent insensiblement à leur état habituel ; si, au contraire, l'éruption se termine par ulcération, leur tissu reste longtemps rouge et ramolli. Rarement ils suppurent, quoique cela arrive quelquefois ; alors, si le malade ne succombe pas, la partie la plus fluide est reprise par l'absorption.

*Estomac.*

La muqueuse gastrique est, dans la plupart des cas, plus ou moins profondément altérée ; tantôt ramollie, amincie, et même détruite ; tantôt ulcérée ; tantôt plus ou moins ramollie, altérée ou non dans sa couleur, sans amincissement ; tantôt mamelonnée : enfin on l'a trouvée sur un certain nombre de sujets parfaitement saine. Les ulcérations, dit M. *Louis*, à qui nous empruntons ce résumé de l'état de la membrane muqueuse, étaient petites, incomplètes, c'est-à-dire que la partie où elles avaient lieu n'était pas entièrement détruite.

Les altérations de texture (M. *Bretonneau*, Leçons orales) et celles des sécrétions sont une règle beaucoup plus sûre que la coloration en rouge pour juger de l'intensité et de la durée d'une inflammation dont un organe a été le siége.

D'abord, comme l'a très-bien démontré dans sa thèse inaugurale

mon excellent ami le docteur Trousseau, *la rougeur n'est pas plus une trace d'inflammation sur le cadavre que la pâleur est un signe de non-inflammation.*

Généralement, le tissu organique enflammé perd de sa force de cohésion, en même temps qu'il acquiert de la densité et de la consistance. La rougeur est un phénomène secondaire et de moindre importance : dans les recherches d'anatomie pathologiques, elle consiste, quand elle est le produit d'une inflammation, dans une injection confuse des capillaires, sans réplétion proportionnelle des troncs qui leur donnent naissance; quelquefois avec extravasation phlegmasique du cruor, plus ou moins mélangé avec de la fibrine incolore, qui s'est également épanchée. (M. *Bretonneau*, Leçons orales.)

La rougeur, lorsqu'elle ne consiste pas dans une injection confuse des capillaires, est donc un phénomène d'imbibition dans le voisinage des troncs veineux ou une sugillation hypostatique; et, pour en finir, je dirai, avec M. *Bretonneau*, que l'on a trop souvent pris la coloration plombée opérée par les gaz intestinaux pour une altération gangréneuse.

*Ramollissement, amincissement et ulcérations de la membrane muqueuse gastrique.*

Nous allons traiter ensemble ces trois états, car il nous semble que le plus souvent ils sont dus aux mêmes causes.

Si les cadavres révèlent les secrets de la mort, encore faut-il apprendre à les interroger, et avoir égard aux circonstances qui peuvent apporter tant de variations dans les témoignages qu'on en obtient; on voit quelle confiance méritent des observations nécroscopiques dans lesquelles on ne trouve indiqués ni la position que le cadavre a conservée, ni la température atmosphérique, ni l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la mort, et dans lesquelles enfin chaque épithète juge et qualifie au lieu de décrire.

Le cadavre, après la mort, ne reste pas un seul instant dans le

même état. Dans la lutte de la mort et de la vie, au moment même de l'agonie, on observe des phénomènes semi-cadavériques. (M. *Breneau*, Leçons orales.)

Les liqueurs délayantes ou dissolvantes qui se trouvent en contact avec les surfaces organiques agissent certainement sur elles. Qui ne connaît, en effet, les expériences de *Spallanzani*. Si les sucs gastriques ramollissent, macèrent et digèrent, en un mot, en quelques heures les matières animales ingérées dans l'estomac, pourquoi n'agiraient-elles pas de même sur la membrane muqueuse lorsqu'elle est privée de vie; mais la condition de la chaleur est nécessaire, mais un cadavre se refroidit-il subitement après la mort?

Personne ne nie l'action dissolvante de la bile, pourquoi, avec les sucs gastriques, ne produirait-elle pas cet amincissement, ce ramollissement, ces ulcérations qui ne sont, ce semble, qu'une perte de force de cohésion qu'a subie la muqueuse pendant la macération de vingt-cinq ou trente heures et même plus qui précède les ouvertures de corps; et les expériences toute récentes de M. *Carswel* prouvent que le ramollissement, l'érosion et la perforation peuvent avoir lieu par les sucs gastriques.

Je ne terminerai pas sans noter, en quelques lignes, les analogies remarquables que la dothinenterie présente avec la petite vérole :

1°. Elle a pour cause contre la petite-vérole un principe contagieux dont la nature est inconnue ;

2°. Comme la petite-vérole, aucune médication ne peut l'empêcher de parcourir ses périodes ;

3°. Enfin, comme la petite-vérole, une fois que l'on en a été atteint on est à l'abri de la récidive.

FIN.

## HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

II.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

III.

Sudores frigidi, cum acutâ quidem febre evenientes, mortem; cum mitiore verò, morbi longitudinem significant. *Sect.* 4, *aph.* 37.

IV.

Ubi in febre non intermittente difficultas spirandi et delirium fit, lethale. *Ibid.*, *aph.* 50.

V.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.